

A PROPOS
d'une
Double Torsion Tubaire

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mai 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

BUZYN (Joseph)

né le 8 février 1913, à Sgierz (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur	Président.
		BARTHÉLEMY, Professeur	Juges.
		MUTEL, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1938

A PROPOS

d'une

Double Torsion Tubaire



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A PROPOS
d'une
Double Torsion Tubaire

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le mai 1938

POUR OBTENIR LE TITRE DE
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
(Mention Médecine)

PAR

BUZYN (Joseph)

né le 8 février 1913, à Sgierz (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. HAMANT, Professeur	Président.
		BARTHÉLEMY, Professeur	Juges.
		MUTEL, Agrégé	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1938

UNIVERSITÉ DE NANCY - FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen: M. L. SPILLMANN, C [✱], I [✱]

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, [✱], I [✱]; WEISS, O [✱], I [✱];
BOUIN, O [✱], I [✱]; ANCEL, [✱], I [✱]; GARNIER, [✱], I [✱]; MACÉ, [✱], I [✱];
P. PARISOT, O [✱], I [✱]; DUFOUR, [✱], I [✱];
HOCHÉ, O [✱], I [✱]; FRÉLICH, [✱], I [✱]; LAMBERT, [✱], I [✱].

PROFESSEURS:

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, C [✱] , I [✱] .
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHHINSHOLZ, O [✱] , I [✱] .
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, [✱] , I [✱] .
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, O [✱] , I [✱] .
Histologie	M. R. COLLIN, [✱] , I [✱] .
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, O [✱] , I [✱] .
Clinique médicale	M. L. RICHON, [✱] , I [✱] .
Chimie médicale	M. H. ROBERT, [✱] , I [✱] .
Clinique médicale	M. M. PERRIN, [✱] , I [✱] .
Hygiène et médecine préventive.....	M. J. PARISOT, C [✱] , I [✱] .
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, [✱] , I [✱] .
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, [✱] , I [✱] .
Physiologie	M. SANTENOISE, [✱] , I [✱] , A [✱] .
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, [✱] , I [✱] .
Bactériologie et parasitologie médicale.....	M. DE LAVERGNE, [✱] , I [✱] .
Thérapeutique	M. P. SIMONIN, I [✱] .
Clinique gynécologique	M. RINET, [✱] , I [✱] .
Pathologie chirurgicale	M. BARTHELÉMY, [✱] , I [✱] .
Anatomie pathologique	M. WATRIN, [✱] , I [✱] .
Hydrologie	M. L. MERKLEN, I [✱] .
Professeur sans chaire	M. L. JOB, [✱] , I [✱] .

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. ABEL, [✱] , I [✱] , agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, I [✱] , professeur.
Pathologie externe	M. DROUET, I [✱] , agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. GUILLEMIN, A [✱] , agrégé.
Clinique des vieillards	M. DE LAVERGNE, [✱] , I [✱] , profess.
Propédeutique dermatologique	M. DROUET, I [✱] , agrégé.
Electrothérapie et radiologie	M. WATRIN, [✱] , I [✱] , pr.
Accouchements (cours théorique).....	M. G. LAMY, [✱] , I [✱] , ch. du c.ag. l.
Obstétrique	M. JOB, [✱] , I [✱] , prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, [✱] , I [✱] , agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, [✱] , I [✱] , agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. ABEL, [✱] , I [✱] , agrégé.
Education physique (1)	M. HAMFL, [✱] , docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, I [✱] , prof.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, I [✱] .
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, [✱] , docteur.
	M. DOMBRAY, [✱] , docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM FLORENTIN, [✱]	MM. WOLFF, A [✱] .	MM. GUILLEMIN, A [✱] .
BODART.	MELNOTTE, O [✱] .	ABEL, [✱] , A [✱] .
CHALNOT.	MUTEL, [✱] , I [✱] .	DROUET, A [✱] .
	VERMELIN, [✱] , A [✱] .	KISSEL.

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, [✱], I [✱]; S. RÉMY, I [✱]; BUSQUET, I [✱];
LAMY, [✱], I [✱].

M. E. TRIBOLET, I [✱], Secrétaire.



(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici le témoignage de
ma profonde affection et l'hommage de
ma très vive reconnaissance.*

A MES SŒURS ET A MA NIÈCE

A MON FRÈRE ET A MON BEAU-FRÈRE

A M^{lle} LOUISE

A TOUS LES MIENS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HAMANT

Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR BARTHÉLEMY

Professeur de Pathologie chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MUTEL

Chargé de cours d'anatomie et médecine légale
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

Professeur agrégé de Clinique chirurgicale

AVANT-PROPOS

Avant de quitter les murs de cette Faculté, où nous avons fait connaissance de l'hospitalité et de la science françaises, c'est pour nous un agréable devoir d'exprimer notre vive gratitude à M. le Professeur HAMANT.

Il nous a guidé au cours de notre travail et nous a prodigué les conseils éclairés de sa grande expérience. La sympathie qu'il nous a témoignée était pour nous une grande récompense.

Nous nous souviendrons toujours de ses leçons de clinique chirurgicale. Elle nous serviront de guide dans notre future carrière.

Nous prions M. le Professeur BARTHÉLEMY de trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait d'avoir fait partie du jury ainsi que pour son précieux enseignement de chirurgie d'urgence, dont l'importance est capitale pour le jeune praticien.

Nous n'oublierons certes pas les conférences si vivantes et si écoutées de M. le Professeur Agrégé MUTEL qui a bien voulu juger notre travail. Nous l'en remercions vivement.

Nous ne saurions non plus oublier l'enseignement précieux de M. le Professeur Agrégé CHALNOT qui

nous a fait également l'honneur de faire partie de notre jury.

Nous devons notre formation médicale à deux écoles : celle de Reims et celle de Nancy. En quittant la Faculté nous adressons nos remerciements les plus sincères à nos Maîtres de Reims qui nous ont donné l'A. B. C. de la médecine et à tous nos Maîtres de Nancy, dont l'exemple d'abnégation scientifique restera toujours gravé dans notre mémoire.

INTRODUCTION

La torsion tubaire est une lésion beaucoup plus fréquente que les anciens auteurs ne l'avaient cru, la torsion étant un processus courant dans l'abdomen, surtout la torsion lente, torpide, parfois subaiguë, et très fréquemment certains syndromes étiquetés appendicite aiguë ou chronique, coliques diverses, néphrétiques surtout, ne sont autres que des torsions tubaires méconnues. Ce sont alors des surprises opératoires, lorsque, par bonheur pour la malade, le médecin porte le diagnostic d'intervention. Il est d'autant plus important de poser exactement le diagnostic de torsion tubaire, que ceci implique une technique opératoire spéciale. Aussi peut-on éviter l'agrandissement de l'incision faite par exemple pour une appendicite supposée ou une opération en deux temps : une incision sur la région appendiculaire et l'autre sur la région pelvienne.

La torsion pose des problèmes pratiques, quelquefois difficiles à résoudre et d'où peut dépendre la vie de la malade.

Cette question doit donc être familière à tous ceux qui, comme nous, mènent ou mèneront la vie parfois pénible du médecin praticien. C'est pourquoi, lorsque M. le Prof. HAMANT nous a proposé l'étude de dou-

bles torsions tubaires comme sujet de notre thèse, nous avons accepté avec joie d'y consacrer nos efforts, regrettant seulement que le temps nous ait un peu manqué pour parfaire notre travail comme nous l'aurions voulu.

Les torsions des trompes utérines, qui constituaient autrefois, la plupart du temps, une découverte opératoire, ont pris depuis quelque temps une importance de plus en plus grande dans les interventions gynécologiques.

Cette affection détient encore certainement le record des erreurs de diagnostic, et par sa fréquence doit rentrer dans le cadre de la nosographie générale au même titre que le volvulus du grêle, par exemple, et en tant qu'entité morbide nettement définie.

En ce qui concerne le plan de notre travail, inspiré par notre Maître le Professeur HAMANT à la suite d'une intéressante observation à la clinique chirurgicale, nous nous proposons après une courte introduction, démontrant l'importance du sujet, de dégager la question de la pathogénie. Nous nous efforcerons de faire ensuite une description de l'anatomie pathologique et nous étudierons ensuite l'évolution clinique et le pronostic pour aborder enfin la question du diagnostic et du traitement, en illustrant les données théoriques par quelques observations.

PATHOGÉNIE

La pathogénie de la torsion tubaire est mal connue et les explications les plus différentes sont données de son mécanisme. Il est bien certain qu'il faut faire une différence complète entre la torsion d'une trompe malade et la torsion d'une trompe saine. La même explication ne saurait, en effet, convenir aux deux cas, la trompe saine n'étant pas un organe pédiculé, la trompe pathologiquement modifiée se formant un pédicule aux dépens de sa portion interne.

Tout d'abord, un certain nombre de conditions semblent indispensables pour permettre la torsion des trompes malades :

1° Le siège ampullaire de la lésion ; c'est une condition *sine qua non*, car ce qui conditionne la torsion c'est la formation d'un pédicule qui, pour la trompe, ne peut s'effectuer que par une dilatation lente, progressive, d'une partie qui fait aussi traction sur le mésosalpinx, l'allonge et arrive à en faire un véritable pédicule.

2° Minceur relative et longueur minima du pédicule. Ce pédicule, il faut de plus qu'il soit mince et long, parce que, plus la tumeur augmente de volume, plus elle distend et allonge son pédicule.

3° Mobilité de la trompe malade. Il est bien évident qu'une salpingite inflammatoire qui a contracté des adhérences avec les organes voisins ne saurait être susceptible de torsion, à moins toutefois qu'une bride ne soit la cause directe de cette torsion en formant axe à celle-ci.

Cette condition doit être complétée par la notion suivante : une tumeur est d'autant plus mobile que son contenu est plus liquide et plus facilement se fera la torsion (SELHEIM).

4° Persistance de flexuosités des trompes. D'autre part apparaît très important le rôle de ces flexuosités, de ces torsions en spirale, reliquats de la demi-spire que le canal de Müller décrit chez le fœtus autour du canal de Wolff, qui peuvent persister jusque chez l'adulte et qui amorcent la torsion.

Plus obscure encore est la pathogénie des trompes saines.

Il semble que là aussi la longueur de la trompe et de son méso et la persistance de flexuosités fœtales des trompes jouent un rôle prépondérant dans la pathogénie de la torsion.

Les auteurs allemands invoquent surtout les mouvements violents, la gymnastique, les traumatismes, comme causes de la torsion.

D'autres croient que l'état gravidique joue le rôle de cause favorisante en provoquant un allongement des pédicules et en libérant la trompe qui remonte avec le fond utérin dans la cavité abdominale.

Dans les doubles torsions, où on trouve deux tor-

sions en deux points différents de la même trompe, la pathogénie est encore plus obscure.

Nous croyons qu'elles ne se forment pas simultanément. Une, probablement ancienne, est fixée par une adhérence. Dans l'observation du D^r COTTE (Lyon), cette adhérence se trouve à l'union du tiers externe et du tiers moyen, ce qui fait que deux tiers de la trompe, moyen et interne, fixés à ses deux extrémités, sont libre dans la gouttière latérale de Douglas. Dans cette condition la trompe semble être prédisposée à se tordre sur elle-même comme une serviette que l'on tient tendue entre les deux mains et que l'on tord par rotation de sa partie moyenne (MICHON).

...Nous croyons que la théorie de CATHELIN, qui est quelquefois satisfaisante pour expliquer une torsion ou sa détorsion, peut aussi s'appliquer à la torsion double. CATHELIN explique le rôle de la pression et du péristaltisme intestinal :

« Au-dessus de la tumeur siègent les masses intestinales qui pèsent sur elle. Cette pression peut devenir considérable lors de la réplétion entérique (la capacité de l'intestin grêle est de 4 à 5 litres, celle du gros intestin de 1.500 cc. à 2.500 cc.) et elle est doublée de la pression du diaphragme, lors des contractions de ce muscle. Ces contractions, légères dans les mouvements respiratoires, peuvent devenir énergiques dans la toux et les efforts. En outre, cette pression est transmise par des organes qui ne sont pas immobiles, mais en constant état de contraction péristaltique, ce qui dans une certaine mesure favorise, oriente même, le glissement sur les organes voisins ».

On peut alors, comme CATHELIN l'a fait, expliquer ces actions multiples en les réduisant à un simple jeu de forces, dont la résultante aboutirait à un couple agissant dans un plan perpendiculaire à l'axe de la tumeur (axe qui sera celui de la torsion). En effet, d'une part le poids de la masse, appliqué sur son centre de gravité, la fait rouler sur le plan incliné à 60° du détroit supérieur, ce qui implique déjà une idée de rotation ou de torsion, d'autre part il existe toujours en un point quelconque de la partie supérieure de la tumeur, une force tangentielle qui est la résultante du couple déjà invoqué, et ceci est le plus important. En effet, si l'on choisit sur la force supérieure un point quelconque supportant les pressions abdominales, celles qui agissent en ce point peuvent se décomposer en deux : une force qui appuie la tumeur contre le plan osseux et qui est annulée par sa réaction, une autre tangentielle tendant à faire tourner la tumeur. C'est la résultante de la pesanteur et de cette force rotative (résultante qui possède toujours une composante tangentielle, si faible soit-elle, car elle est diminuée par le glissement du péritoire) qui agira en fin de compte et amorcera la torsion.

Supposons maintenant une tumeur tubaire qui, par suite de son développement, est devenue trop grosse pour sa cavité de réception et est remontée dans le bassin. Suivant que cette tumeur est tordue ou non tordue, fixée (par une adhérence) ou non fixée, le résultat de la pression abdominale sur cette tumeur sera différent.

Par ce moyen on comprend qu'une tumeur en antétorsion, par exemple, tordue par l'action de la pression et du péristaltisme intestinal, puisse se détordre, si les forces changent de sens, ce qui peut se produire si le sujet change de position dans l'espace. Cette détorsion a été vérifiée cliniquement par plusieurs auteurs. C'est elle qui explique les formes récidivantes.

Si la même tumeur tordue, par exemple, s'est fixée par une adhérence, la détorsion, décrite plus haut, ne se produira pas : au contraire, la force rotative intestinale aboutira à amorcer une nouvelle torsion de la partie de la trompe restée libre.

Toutes ces hypothèses sont vraisemblables, mais où est la vérité ? Il est probable que restera longtemps obscure la question de la pathogénie et nous dirons avec notre Maître, le Prof. HAMANT, que « connaître le mécanisme de la torsion est important certes, mais ce qui est surtout indispensable de connaître c'est que ces torsions existent, qu'il faut les chercher, et surtout qu'il faut les traiter précocement ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. — TORSION D'ANNEXES MALADES

1° Aspect. — Par suite des épanchements sanguins intratubaires et interstitiels qui modifient la couleur du contenant et du contenu, la tumeur présente une coloration rouge foncée violacée, teinte aubergine ou noirâtre.

2° Sa forme est d'une façon générale celle de l'ovoïde: tantôt elle est lisse (hydrosalpinx); tantôt elle est bosselée et irrégulière (trompes gravides et néoplasiques).

3° Son volume est variable, d'une grosse noix à une tête de fœtus.

4° Côté atteint. — Les deux trompes sont atteintes avec la même fréquence.

5° Le pédicule n'est autre que la trompe peu augmentée de volume en général et la portion du ligament large qui lui est annexée et contient des vaisseaux. Il est très allongé.

6° Contenu de la tumeur. — Presque toutes les trompes pathologiques qui se tordent sont des kystes salpingiens. En général ce sont des hydrosalpinx transformés par la torsion en hématosalpinx.

7° L'ovaire suivant le cas est atteint ou resté indemne. La torsion d'une trompe peut entraîner l'ovaire et vice versa.

8° Les organes voisins peuvent être modifiés ou déplacés du fait de la torsion. Des adhérences peuvent s'établir avec les organes voisins, l'intestin et surtout l'appendice.

9° Examen histopathologique de la pièce opératoire. — Les lésions révélées à l'examen histologique reconnaissent deux origines différentes :

Les unes sont antérieures à la torsion et en rapport avec l'affection causale, relevant de l'hydrosalpinx, du pyosalpinx ou des lésions néoplasiques de la trompe ;

Les autres relèvent de la torsion et sont secondaires à l'étranglement.

C'est, comme nous le verrons, sur l'absence des premières que l'on se base pour affirmer l'intégrité préalable dans les torsions d'annexes saines.

Le canal tubaire, agrandi, contient en assez grand nombre des globules blancs et des cellules épithéliales.

La paroi kystique montre de nombreux foyers apoplectiques. Toutefois elle se laisse moins dissocier que le pédicule lui-même. Ses vaisseaux présentent un aspect de dilatation bien considérable. C'est au niveau des franges du pavillon que les hémorragies sont au maximum. On a signalé des petites cavités kystiques pleines de sang dans l'épaisseur même de la paroi (SANGER).

L'épithélium, par places, est complètement arraché, tantôt cubique, tantôt cylindrique. Les cils vibratiles

ont disparu ou sont difficilement visibles et les noyaux des cellules ne se laissent pas facilement colorer.

La muqueuse est très épaisse, siège d'hémorragies nombreuses, et nous montre chacun de ses faisceaux constitutifs semblant nager dans le sang.

La musculuse présente des lésions un peu analogues, ses éléments étant infarcis par le sang. Elle se montre en général en couches continues cependant, et c'est cette continuité des couches musculaires intrahystiques et intratubaires qui permet, dans les cas douteux, d'affirmer qu'il s'agit bien d'une salpingite tordue (FOCHIER).

La séreuse, reste très souvent presque normale. Dans certains cas cependant, elle présente, surtout au voisinage du pédicule tordu, de nombreuses plaques ecchymotiques qui lui donnent un aspect marbré.

Les artères sont restées perméables, avec parfois des ébauches de caillots. Les plus petites et les capillaires sont en général oblitérés et parfois le siège de phénomènes d'endarterite à tendance oblitérante. En général leurs parois sont en partie dissociées, les vasa-vasorum très dilatés.

Les veines sont dilatées à l'extrême et en général complètement thrombosées. Ce processus a son importance dans le mécanisme d'accroissement de la tumeur, la perméabilité artérielle persistant plus longtemps que la veineuse.

B. — TORSION DES TROMPES SAINES

Elle fut pour la première fois discutée par AUVRAY en 1912; ce dernier s'appuyant sur des cas survenus chez des jeunes filles n'ayant aucun passé génital. Il a soutenu la possibilité d'une torsion survenant en dehors de toute affection salpinguine antérieure.

Les lésions macroscopiques sont presque les mêmes que dans les annexes malades tordues, tandis que l'examen histologique montre l'intégrité de la trompe et surtout ne montre pas des lésions antérieures à la torsion que nous avons décrites dans le chapitre précédent. On peut trouver, comme il résulte de l'observation de mon Maître le Prof. HAMANT, des lésions banales secondaires à la torsion.

ÉTUDE CLINIQUE

Le tableau clinique est essentiellement variable. On a décrit une forme aiguë se présentant avec tous les signes d'un cataclysme abdominal et une forme chronique caractérisée seulement par des épisodes douloureux coïncidant généralement avec les règles et séparés par des intervalles plus ou moins longs de calme, sinon de santé parfaite. L'opposition n'est pas si tranchée que les mots aigu, chronique sembleraient l'indiquer et nous devons savoir qu'il y a entre les deux formes tous les intermédiaires.

FORME AIGUË

Le début est brutal par une douleur. Brusquement, souvent à l'occasion d'un mouvement brusque, à la suite d'un effort, d'un traumatisme plus ou moins direct, soit à la fin de la première journée des règles, parfois sans que les accidents puissent être rattachés à aucune cause déterminante, apparaît un syndrome extrêmement douloureux et qui, d'emblée, revêt toute son intensité.

La femme ressent dans l'abdomen du côté de la torsion, une douleur horrible, brutale, syncopale parfois, assez intense pour faire tomber la malade. Géné-

ralisée d'abord au bas-ventre, cette douleur ne tarde pas à se localiser du côté de la torsion. Elle irradie fréquemment vers les régions lombaires et inguinales.

Le plus souvent, mais non toujours, les vomissements accompagnent cette douleur. La répercussion sur l'intestin est de règle et, dans la majorité des cas, on note l'arrêt des matières et parfois même l'arrêt des gaz.

L'état général n'est pas modifié proportionnellement à l'intensité des symptômes accusés. La fièvre est modérée et ne dépasse pas 38°. Le pouls est rapide, petit, bat à 120-140.

Le faciès est quelquefois un peu altéré, altération qu'il faut surtout rapporter à la douleur.

A l'examen, le ventre apparaît ballonné, avec hyperesthésie cutanée, et réaction de contracture musculaire de défense, surtout très marquée du côté de la torsion.

La palpation est douloureuse et rendue très difficile du fait de la contracture de défense. Elle permet parfois de percevoir dans la fosse iliaque une tumeur correspondant à la torsion qui, si elle n'est pas tombée dans le Douglas, a presque constamment une évolution franchement abdominale.

Le toucher vaginal, rendu parfois impossible par la virginité, ne fournit pas toujours des renseignements sûrs, du fait de la situation élevée de la tumeur. Dans les cas les plus favorables il permet de constater du côté correspondant à la douleur une masse résistante, très douloureuse, paraissant indépendante de l'utérus et solidaire de la tumeur abdominale. Ce sera natu-

rellement un toucher bimanuel. Par ce procédé WARNECK serait arrivé à sentir un cordon monoliforme se dirigeant de la tumeur vers l'utérus (signe de Warneck).

Si la tumeur est prolabée dans le Douglas, le toucher vaginal reprend tous ses avantages et montre collée à la face postérieure de l'utérus une masse tendue, excessivement douloureuse, se prolongeant latéralement, qui permet de localiser la tumeur aux annexes.

FORME CHRONIQUE

Il s'agit dans ces cas de malades qui ont présenté quelque temps auparavant, souvent au cours des règles précédentes, des épisodes aigus, mais d'intensité moindre : petites crises douloureuses passagères, mais répétées, d'intensité variable : brusque en éclairs (AUVRAY), ou bien simulant des coliques menstruelles, intestinales (STOIANOVITCH). Il existe en même temps quelques troubles gastro-intestinaux, un état nauséux, de la constipation, suivie de débâcle diarrhéique. Sous l'influence du repos, de compresses chaudes, la crise peut céder (cas de LENORMANT).

Il pourrait, dans ces cas, s'agir d'amorces de torsion qui se complètent un jour pour aboutir à un syndrome aigu commandant l'intervention.

ÉVOLUTION CLINIQUE

En présence d'un syndrome abdominal aigu, décrit dans le chapitre précédent, l'indication opératoire est formelle.

L'opération arrête bien entendu l'évolution et nous prive par le fait de documents importants.

Dans les cas où la crise n'est pas opérée on assiste à trois éventualités principales : la guérison, le passage à la chronicité, l'amputation tubaire.

La guérison (spontanée) peut être invoquée toutes les fois qu'une crise de torsion évolue sans obliger le sujet à être opéré et si la crise ne se renouvelle plus. Cette éventualité est rare.

Toute torsion tubaire ébauchée, n'ayant pas provoquée la formation d'adhérences, est susceptible de se reproduire. Parfois les crises sont subintrantes. Mais parfois, au contraire, elles s'espacent considérablement et on assiste alors au passage à la chronicité. En général, au bout d'un certain nombre de crises légères en survient une plus aiguë et plus grave qui provoque l'intervention. Mais en l'absence de celle-ci une trompe tordue peut s'infecter et amener l'infection des organes voisins. Elle peut se nécroser, se sphacéler et faire courir à la malade les plus grands risques.

La torsion peut aboutir à une rupture de la trompe, compliquée ultérieurement d'un abcès iléo-pelvien ou se terminer par une hémorragie secondaire qui emporte la malade.

C'est ainsi peut-être que pourraient également s'expliquer certains cas d'absence unilatérale des annexes, où une torsion non traitée chirurgicalement aboutit à une amputation spontanée, suivie de nécrose et de résorption de la portion détachée.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la torsion tubaire est des plus mal-aisés et il n'a jamais été fait jusqu'ici avec certitude. Il nous semble que le diagnostic de la torsion tubaire est plus particulièrement un diagnostic d'élimination.

1° La torsion de la trompe droite sera le plus souvent prise pour une appendicite, en raison du siège variable de l'appendice et des annexes. Un siège élevé de la douleur sera en faveur de l'appendicite, un siège plus bas, d'une torsion.

La notion d'un traumatisme et l'apparition de douleurs au moment des règles plaident en faveur de la torsion.

L'apparition précoce d'une tumeur tordue, douloureuse, dans le Douglas, indique une torsion et plus encore son développement rapide dû aux transsudations et aux hémorragies par stase veineuse.

Dans la torsion, la douleur est d'ordinaire plus vive d'emblée que dans l'appendicite où elle est progressive.

La défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée sont en général plus accentuées dans l'appendicite que dans la torsion.

La manœuvre de Rowsing (compression du côlon descendant provoquant une douleur dans la zone de Mac Burney) est négative dans la torsion.

Enfin il est rare que la température et le pouls soient gravement modifiés dans la torsion; en général un pouls rapide coexistant avec une température presque normale.

2° Le kyste de l'ovaire tordu peut aisément prêter à confusion. Néanmoins, le kyste de l'ovaire est plus externe comme siège qu'une trompe tordue; il est aussi plus ancien dans son évolution et quelquefois on peut retrouver la notion de la découverte d'un petit kyste au cours d'un examen gynécologique antérieur.

3° Dans la grossesse extrautérine les signes qui dominent la scène sont ceux d'une grosse perte de sang; mais dans certains cas, il est là aussi de ces symptômes qui ne s'accompagnent pas de phénomènes marqués d'anémie aiguë et se traduisant seulement par la douleur brutale et le péritonisme. Il faudra attacher la plus grosse importance aux antécédents; absence de règles et examen des seins. La tumeur n'est ni mobile ni fluctuante, elle est pâteuse et localisée au cul-de-sac postérieur; enfin il n'y a pas de fièvre, c'est dans ce cas surtout qu'«intervenir s'il y a doute» trouvera sa plus parfaite signification.

4° La salpingite banale: elle s'accompagne de fièvre; les douleurs n'ont pas le caractère de celles d'une torsion, elles sont sourdes et profondes, sans caractère paroxystique. Dans l'anamnèse on retrouve toujours des antécédents d'infection puerpérale ou de blennorragie; la tumeur n'est pas mobile et le toucher vaginal renseigne mieux que le palper abdominal.

5° Le fibrome sous-péritonéal à pédicule tordu est une tumeur dure qui a des rapports particulièrement intimes avec l'utérus.

6° Les coliques hépatiques sont éliminées du fait de l'absence de tumeur.

De cet ensemble symptomatique on peut dégager un syndrome de torsion tubaire caractérisé par la tétrade symptomatique suivante (REGAD):

1° Crises douloureuses pelviennes, avec agitation et angoisse, apparaissant au voisinage ou pendant les règles.

2° Pouls rapide coexistant avec une température presque normale.

3° Masse latéro-utérine de consistance irrégulière, mobile et extrêmement douloureuse au toucher.

4° Absence des signes pathognomoniques de la grossesse tubaire.

Il ne nous est pas possible de poser cliniquement le diagnostic d'une torsion double, d'ailleurs ce diagnostic de double torsion ne présente aucune importance, étant donné que le diagnostic d'une torsion en général pose l'indication d'une intervention d'urgence, qui, exécutée à temps, a toujours donné d'excellents résultats. D'après la littérature, toute intervention pour torsion tubaire était suivie d'une guérison totale.

TRAITEMENT

Le tableau clinique en cas de torsion tubaire réalise toujours celui d'un syndrome abdominal aigu et commande l'intervention. Voilà pourquoi les erreurs de diagnostic sont heureusement sans gravité, parce que dans tous les cas l'opération s'impose.

Dans les cas où les lésions n'atteignent qu'un seul côté et où le côté opposé est sain, on fera une castration unilatérale.

Toutes les fois qu'en même temps qu'une torsion annexielle existe une lésion opposée qu'il faut enlever ou une lésion de l'utérus (semis de nodules fibromateux dans l'observation de MM. HAMANT et ROTHAN) l'hystérectomie est la méthode de choix ; hystérectomie avec conservation d'un ovaire, si toutefois il paraît sain, ceci dans le but de conserver la corrélation utéro-ovarienne, surtout si la femme est jeune. Autant que possible, il faut laisser à la malade une chance de grossesse.

Dans les cas où le diagnostic est hésitant, l'incision de choix sera soit la laparotomie médiane sous-ombilicale, soit l'incision dite incision iliaque basse transversale, préconisée par le Prof. P. BONNET.

Le pronostic est toujours excellent, sous réserve d'intervention.

PIÈCE OPÉRATOIRE
DE L'OBSERVATION DE LA MALADE DE M. LE PROFESSEUR HAMANT



On voit un volumineux hématosalpinx dont le pédicule présente deux torsions de part et d'autre de l'ovaire, l'une peu serrée d'un tour et demi au niveau de la partie la plus interne de la trompe, l'autre très serrée de deux tours en dehors de l'ovaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION inédite du service de M. de P^r HAMANT

Torsion d'une trompe utérine

Femme de 46 ans, bien portante en général, dans les antécédents de laquelle on ne relève comme particularité intéressante que des troubles douloureux fréquents pendant les périodes cataméniales.

Le 15 novembre 1937, occupée à lessiver du linge, cette femme a ressenti brusquement une douleur abdominale vive, à prédominance gauche, qui l'a forcée à s'aliter.

La malade, dont les douleurs s'atténuaient progressivement, continuait cependant à souffrir.

Examen. — L'état général ne semble pas très touché. Pas de fièvre. Le pouls bat aux environs de 90. L'abdomen est douloureux dans son ensemble, légèrement ballonné, et présente une défense discrète, mais nette, du côté gauche.

Au toucher, utérus bien délimité, de taille normale, mobile, légèrement déjeté à droite. Les annexes droites sont indemnes. A gauche, on sent une masse ovoïde, très douloureuse à la moindre pression, et qui est prolabée dans le Douglas; elle paraît cependant mobilisable et indépendante de l'utérus.

Le diagnostic le plus vraisemblable semble devoir être: torsion d'un petit kyste de l'ovaire ou torsion des annexes.

Le 16 novembre, intervention (Prof. HAMANT): laparotomie médiane sous-ombilicale.

On trouve à gauche un volumineux hématosalpinx, de teinte aubergine foncé, dont le pédicule présente deux torsions de part et d'autre de l'ovaire, l'une d'un tour et demi au niveau de la partie la plus interne de la trompe, peu serrée, l'autre en dehors de l'ovaire, de deux tours, très serrée. Il n'y a pas de sang libre dans la cavité abdominale. Sur l'utérus on constate un semis de nodules fibromateux.

On pratique une hystérectomie subtotale et l'on referme sans drainage.

Evolution normale. La malade sort guérie le dixième jour après l'opération.

L'examen macroscopique de la pièce montre une muqueuse utérine et des annexes droites d'apparence normale. La trompe gauche tordue renferme un gros caillot sanguin, dans son extrémité distale, très dilatée, en dehors du pédicule de torsion le plus externe. Entre les deux zones de torsion, la trompe est simplement très épaissie et ne renferme pas de sang. L'ovaire n'est pas infarcté. Le volvulus s'est fait dans le sens de l'antetorsion.

L'examen histologique confirme ces constatations:

a) La trompe droite est saine.

b) La trompe gauche est le siège dans ses deux tiers externes d'un infarctissement total: il n'y a plus d'épithélium, des hématies et rien que des hématies emplissent la lumière dilatée du conduit, et en infiltrent les tuniques. Le tiers interne de la trompe, compris entre les deux zones volvulées, ne présente ni infarctissement, ni même de suffusions sanguines, mais on y constate la disparition des franges épithéliales, l'épithélium normal tapissant une lumière perméable presque régulièrement ovulaire. Les tuniques externes, chorion et musculuse, en revanche sont très épaissies, et sont constituées uniquement de conjonctif dense parcouru de nombreux vaisseaux dilatés.

L'ovaire est également scléreux, formé de tissu interstitiel et dépourvu à sa périphérie de couche germinative en activité. Il existe un seul kyste folliculaire assez volumineux.

OBSERVATION du Docteur COTTE

(*Soc. Chir. Lyon*, 7 mai 1931)

M^{me} Zoub..., née Leh..., 33 ans. Reg. 1931, p. 41, mai 1931, Saint-Paul).

Torsion de la trompe

Bonne santé habituelle. Réglée à 14 ans, régulièrement, sans douleurs, durée une semaine, tous les 36 jours. Pas de leu-

corrhée. Mariée à 18 ans. Deux enfants, un vivant, l'autre mort à deux semaines de broncho-pneumonie.

L'affection actuelle a débuté brusquement, il y a sept jours, par des douleurs lombaires du côté droit, très vives, et s'irradiant vers les organes génitaux.

Pas de troubles urinaires, ni de vomissements, pas de fièvre.

Purgation au début, puis glace sur le ventre.

A l'examen: Température 37°1. Abdomen adipeux, dont la palpation est douloureuse, surtout dans la fosse iliaque droite. Mais pas de contraction de défense, d'empâtement, ni de gargouillements.

A la palpation bi-manuelle de la fosse lombaire droite, il semble que l'on perçoive une masse présentant le contact lombaire.

Toucher vaginal: Utérus en bonne position. A droite, on sent une petite masse kystique.

Intervention, 6 mai 1931. Rachianesthésie. Pfannenstiël. Appendicectomie. La masse que l'on sentait au toucher est formée par la trompe qui est tordue sur son axe à la partie moyenne de son trajet. Castration droite.

Examen de la pièce: On voit que la trompe seule a subi un mouvement de torsion, torsion qui s'est effectuée à deux niveaux différents: La première, probablement ancienne, à l'union du tiers externe et du tiers moyen, fixée par une adhérence. La deuxième, beaucoup plus récente, à l'union du tiers moyen et du tiers interne. Il en résulte trois portions: l'une interne, absolument normale; la deuxième épaisse, indurée, ayant un volume quatre à cinq fois plus gros qu'une trompe normale. Entre la portion interne et moyenne, sillon d'étranglement tout à fait net, qui a abouti à une section de la paroi tubaire. Seul le péritoine a résisté. La troisième portion est formée d'une masse kystique à contenu hémorragique, du volume d'une grosse noisette, où s'étale le pavillon complètement thrombosé. L'ovaire présente un beau corps jaune à évolution kystique.

CONCLUSIONS

I. — La trompe peut se tordre, soit brusquement, soit par poussées successives, survenant principalement à l'époque des règles.

La double torsion se fait probablement par poussées successives.

II. — Elle simule toutes les affections inflammatoires pelviennes et abdominales: appendicite, kyste tordu, grossesse extra-utérine, etc.

III. — Le diagnostic clinique d'une double torsion tubaire est impossible, celui d'une torsion de la trompe a pu exceptionnellement être posé.

Il faut toujours y penser au cours des appendicites, des affections gynécologiques à formes atypiques.

IV. — Le tableau clinique étant celui d'un syndrome abdominal aigu, impose un diagnostic opératoire d'urgence.

V. — Le diagnostic posé, la laparotomie et l'ablation des parties malades s'impose, même pendant la grossesse.

VI. — Le pronostic est excellent, sous réserve d'intervention précoce.

BIBLIOGRAPHIE

1. AIGROT. — De la torsion des annexes saines au cours de la grossesse. *La Vie médicale*, n° 5, 10 mars 1930, p. 249.
2. D'ALBAINES et PAVIE. — Torsion de la trompe saine chez une jeune fille. *Soc. Anat. Paris*, 5 juillet 1928. In: *Annales d'An. Path.*, t. V, n° 7, 1928, p. 83.
3. AUVRAY. — Un cas de torsion spontanée de la trompe et de l'ovaire normaux. *Bull. et Mém. de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1912, p. 727.
4. AUVRAY. — *Idem.* *Archives mens. d'Obst. et Gyn.*, 1912, t. II, n° 7, et sept. 1913.
5. BAKKE. — Modifications normales et pathologiques de l'utérus et du péristaltisme tubaire. *II^e Congrès intern. de Radiologie*, Stockholm, 1928.
6. BARTHÉLEMY. — Torsion des annexes saines. *Réunion Obst. et Gyn.*, Nancy, 17 juin 1931.
7. BARTHÉLEMY. — Les diagnostics chirurgicaux au lit du malade, 1933.
8. BÈCLÈRE. — Hystérosalpingographie av. Lipiodol. *II^e Congrès Intern. de Radiologie*, Stockholm, 1928.
9. BINET et BEAU. — Vue d'ensemble sur l'innervation de l'appareil génital de la femme. *Gyn. et Obst.*, n° 4, avril 1932.
10. BLOCH-WORMSER et MABAR. — Radiodiagnostic utéro-tubaire. *La Consultation*, sept. 1928.
11. BOGERS. — Torsion des trompes de Fallope. *British Med. Journ.*, 25 avril 1925.

12. BONNET et BOZON. — Torsion d'un hydrosalpinx diagnostiqué cliniquement. *Soc. Chir. Lyon*, 18 décembre 1930.
13. BOUROLLEC. — Torsion de trompe kystique. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 18 décembre 1936.
14. BOURSIER et AUVRAY. — Précis de Gynécologie, t. II, 3^e éd., livre IV : Maladie des annexes.
15. BRAINE. — Torsion d'une salpingite à pédicule filiforme sans phénomènes aigus. *Soc. An. Paris*, octobre 1921.
16. BRÉTÉCHÉ (Nantes). — Torsion des annexes saines dans une hernie inguinale étranglée. *Soc. Nat. Chir. Paris*, 1^{er} févr. 1928; *P. Méd.*, 8 févr. 1928.
17. BRUNET. — Développement et malformation des organes génitaux internes de la femme. *Marseille Médical*, 23 mai 1928.
18. BUQUET. — Torsion des annexes herniées. *Paris Chir.*, 1923.
19. BUSQUET. — De la torsion des salpingites kystiques. *Thèse*, Bordeaux, 1904.
20. CAMUS. — Anomalies congénitales de la trompe de Fallope. *Thèse*, Paris, 1924.
21. CASAGRANDE (Brooklyn, E.-U.). — Un cas de torsion récidivante de la trompe de Fallope avec hématosalpinx (*The American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1928, p. 49). — In: *Journal de Chirurgie*, 1928, p. 907.
22. CATHELIN. — De la torsion des hydrosalpinx. *Revue de Chir.*, févr. 1901, pp. 253-406.
23. CAVIGLIA. — Volvulus de la trompe. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. (Buenos-Aires)*, 1926, oct.-nov. — In: *Journ. de Chir.*, 1927.
24. CHARBONNEL et FAVREAU. — Torsion de la trompe gravigide à droite, avec gros kyste de l'ovaire non tordu, etc. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, mars 1929, p. 209.
25. CHASTENET DE GÉRY. — Deux trompes kystiques à pédicules tordus. *Soc. An. Path.*, 17-2-1910. — *Gaz. Méd. Nantes*, 16-4-1910.

26. CHASTENET DE GÉRY et LACROIX. — Torsion de deux trompes en apparence normales et histologiquement tuberculeuses. *Soc. Nat. de Chir.*, avril 1927. — *Bull. et Mém., id.*, 1927, p. 558.
27. CHOSSON. — Double kyste de l'ovaire; torsion bilatérale et section spontanée des deux trompes. *Soc. An. Paris*, 3 déc. 1931. — In: *Annales An. Path.*, 1931, p. 1283.
28. COHEN. — Torsion des annexes de l'utérus avant la puberté. *Journ. of Am. Med. Ass.*, 1923, p. 382. — In: *Journ. de Chir.*, 1923, p. 773.
29. CONDAMIN et ROUSSELIN. — Torsion d'une trompe gravide. *Soc. Nat. Méd. Lyon*, 13 nov. 1929. — *P. Méd.*, 1929, p. 1550.
30. CORDUA. — La possibilité du reflux du contenu utérin dans les trompes. *Zent. für Gyn.*, 20 mars 1926.
31. CORDUA. — La muqueuse tubaire et ses modifications en présence de coudure. *Zent. für Gyn.*, 1928, p. 2371.
32. COTTE. — Amputation spontanée de la trompe dite consécutive à des accidents de torsion. *Lyon Chir.*, 1930, p. 358.
33. COTTE. — Un cas de torsion d'un hydrosalpinx. *Soc. Chir. Lyon*, 7 mai 1931.
34. DELFOUR (rapp. par MOCQUOT). — Un cas de torsion des annexes droites saines au cours de la grossesse. *Soc. Nat. Chir.*, 12 mars 1930. — In *P. Méd.*, 19 mars 1930.
35. ESCANDE. — Contribution à l'étude de la torsion tubaire. *Thèse*, Paris, 1926.
36. ESTOR et AIMES. — Torsion aiguë des annexes gauches dans un sac de hernie inguinale chez un enfant de 5 mois. *Bull. Soc. An. de Paris*, 1924, p. 43.
37. FIOLE. — Torsion annexielle avec inondation péritonéale chez un enfant de 10 ans. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1927, p. 1238.
38. FIOLE. — Torsion des annexes saines. *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1927, p. 1238.
39. FOCHIER. — Hydrosalpinx pédiculisé et tordu. *Bull. Soc. Chir. Lyon*, 1900, p. 183.

40. GIRAUD. — Le volvulus de la trompe. *Marseille Méd.*, 1930.
41. GOGOBERIDSE. — Sur la motilité des trompes: un cas d'invagination de la trompe. *Zent. für Gyn.*, 1929, p. 2231.
42. GOUILLOUD. — Torsion d'un pyosalpinx tuberculeux. *Lyon Médical*, 1925, p. 69.
43. GUIMBELOT. — Torsion des annexes au cours de la grossesse. *Soc. Chir.*, 8-1-1930. — *P. Méd.*, 15 janv. 1930.
44. GROSSMANN. — Sur le mécanisme de la torsion tubaire. *Zent. für Gyn.*, 1925, p. 1001.
45. GRZEGORZ-GORDON. — Un cas de torsion d'une trompe gravis. *Ginekologja Polska*, 1931, n^{os} 1-3, p. 105.
46. HAMANT. — Torsion d'un abcès froid tubaire bilatéral. *Soc. Obst. et Gyn. Nancy*, 19-XII-1923. — *Bull.*, 1924, p. 69.
47. HAMANT et VICHARD. — A propos des torsions tubaires. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1934, p. 159.
48. HANSEN. — Torsion de la trompe saine. *Zent. für Gyn.*, mars 1922, p. 437.
49. HANSEN. — Torsion de la trompe avec hématome. *Zent. für Gyn.*, 1922, p. 707.
50. HEINZ-KÜNSTER. — Contribution à l'étude de l'amputation spontanée des trompes. *Zent. für Gyn.*, 14 juin 1924.
51. KATZ. — Recherches sur les modifications de la trompe de Fallope au cours des divers états physiologiques. *Thèse*, Paris, 1911.
52. KOK. — Sur le péristaltisme des trompes. *Med. Klinik*, 6 nov. 1925, n^o 45.
53. LACROIX. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale des trompes de Fallope. *Thèse*, Paris, 1927.
54. LÉBOIS. — Contribution à l'étude de la torsion intra-abdominale de la trompe utérine saine. *Thèse*, Paris, 1931.

55. LEJARS. — Traité de Chirurgie d'urgence. Accidents aigus dus à la torsion des pédicules.
56. MAUCLAIRE. — Contractions péri- et antipéristaltiques des trompes de Fallope. *Gaz. des Hôp.*, 31 mars 1926.
57. MÉRIEL et GINESTY. — Amputation tubaire spontanée. *Bull. Soc. d'Obst. et Gyn.*, n° 7, 1925.
58. MICHEL. — Une observation de torsion bilatérale des deux trompes. *C. R. Soc. Gyn. et Péd.*, Paris, 1907, pp. 38-44.
59. MICHON. — Trois cas de volvulus de la trompe de Fallope. *Lyon Méd.*, 1925, n° 27, p. 7.
60. MICHON et COMTE. — Amputation spontanée des deux trompes. *Lyon Méd.*, 1926, n° 1, p. 40.
61. MICHON. — Deux cas d'absence unilatérale des annexes. *Lyon Chirurgical*, 1930, p. 359.
62. MIKULICZ-RADECKI (von) et NAHMACHER. — Contribution à l'étude de la physiologie de la trompe. Progression de corps intratubaires par contractions musculaires. *Zent. für Gyn.*, n° 42, 17 oct. 1925.
63. NEUGEBAUER. — Contribution à l'étude de la torsion des annexes saines dans l'enfance. *Zent. für Gyn.*, 1922, p. 1961.
64. NOVAK. — Salpingographie et insuflation tubaire. *Zent. für Gyn.*, 25 avril 1931.
65. OGOREK. — Amputation des trompes. *Arch. für Gyn.*, 1914.
66. PAYER. — Über die Ursachen der Stieldrehung intraperitoneal gelegener Organe. *Arch. für Klin. Chir.*, 1902, p. 581.
67. PAYER. — Weitere zur Frage der Stieldrehung intraperitoneal Organe à Geschweilste (Loi de Payer). *Deustch. Zeit. für Chir.*, 1906, p. 392.
68. RAZEMON. — Torsion d'un hydrosalpinx et de l'ovaire au troisième mois de la grossesse. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1927, p. 527.
69. REGAD. — La torsion des trompes utérines. *Thèse*, Lyon, 1931-32.

70. REGAD. — La torsion des trompes utérines. *Gazette des Hôpitaux*, 1933, pp. 517-521 et 557-562.
71. REGAD. — Etude anatomo-pathologique de la torsion des trompes utérines. *Gyn. et Obst.*, juin 1933, pp. 519-535.
72. REGAD. — La place de torsion des trompes utérines au milieu des syndromes douloureux abdominaux. *Monde Médical*, Paris, 15 nov. 1933, pp. 1016-1022.
73. SCHWARZ. — Beitrag. zu Norkommen de Eileiterdrehung. *Zent. für Gyn.*, 1922, p. 1959.
74. SCHWARZWALLER. — Deux cas de torsion isolée de la trompe. *Zent. für Gyn.*, n° 42, 1924.
75. SCHWEITZER. — Torsion isolée de la trompe normale. *Zent. für Gyn.*, n° 2, 1918.
76. SCHWEITZER. — Ein fall von einsertiger Selbstamputation der Adnexe. *Zent. für Gyn.*, 1920, n° 19.
77. SCHWEITZER. — Torsion isolée de la trompe normale. *Zent. für Gyn.*, 1922.
78. SÉNÉCHAL. — Torsion bilatérale des trompes saines. *Rev. franç. de Gynéc. et d'Obst.*, mars 1932, pp. 146-149.
79. STOIANOVITCH. — De la torsion de la trompe utérine saine. *Thèse*, Paris, 1926.
80. STOYAN-LAZAREVITCH. — Contribution à l'étude de la torsion de la trompe utérine saine. *Thèse*, Montpellier, 1926-1927.
81. THADÉE-ZAWODZINSKI. — Quelques notions scientifiques obtenues par l'examen radiologique de l'utérus et des trompes. *Ginekologja Polska*, 1929, p. 184.
82. WALAWELSKI. — Contribution à l'étude de la torsion des trompes. *Zent. für Gyn.*, n° 14, 5 avril 1930.
83. WARD. — Volvulus des Eileiters. *Zent. für Gyn.*, 1925, p. 2423.
84. WACHTEL. — La torsion des annexes normales. *Zent. für Gyn.*, n° 23, 9 juin 1928.
85. WARNECK. — Torsion de la trompe pour cancer. *Arch. Soc. Gyn. Obst.*, 1895.

TABLE DES MATIÈRES

<i>Avant-Propos</i>	7
<i>Introduction</i>	9
<i>Pathogénie</i>	11
<i>Anatomie pathologique</i>	16
<i>Etude clinique</i>	20
<i>Evolution clinique</i>	23
<i>Diagnostic</i>	25
<i>Traitement</i>	28
<i>Observations</i>	29
<i>Conclusions</i>	34
<i>Bibliographie</i>	35

Vu:
Nancy, le 30 mars 1938,
Le Président de thèse,
HAMANT.

Vu et approuvé:
Nancy, le 1^{er} avril 1938,
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer:
Nancy, le 4 avril 1938,
Pour le Recteur de l'Académie,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
R. CORNUBERT.

